

## 开栏语

急性胰腺炎(AP)是多种病因引起的胰酶激活导致胰腺局部炎症,产生大量炎症介质,继发全身过度炎症反应和器官功能损害的疾病。在世界范围内AP是最常见的需紧急收治入院的消化系统疾病之一,年发病率每10万人口13~45例。近年来,随着生活水平的提高和饮食结构的改变,AP的发病

率也大幅升高。AP中约20%系重症急性胰腺炎(SAP)。SAP发病急、并发症多、病情凶险、病死率高,长期以来一直是医学界的一个难题。目前,关于SAP的疾病机制尚未明确;定义、分类上仍未实现规范化;且SAP的诊治涉及消化、内镜、外科、ICU、影像等多个学科,亟需冲破学科壁垒,加

强多学科交流与合作,提高SAP诊治水平。为此,在赵玉沛院士和张太平教授的指导和帮助下,中国研究型医院学会胰腺病专业委员会急性胰腺炎学组在《医师报》特开辟“重症急性胰腺炎专栏”,传递学术前沿、展示百家观点、促进规范化培训,搭建更好的学科交流平台,以期在分享、交流、思维碰

撞中产生更多的创新火花,提高我国SAP的诊治水平。

11月25~27日,第五届全国重症急性胰腺炎多学科研讨会暨急性胰腺炎国家级继续教育学习班在南京举行。该研讨会自开办以来一直以“多学科、合作、创新”为中心。本次研讨会与时俱进,介绍了SAP不断出现的最新治疗手段;并就目前

争议热点,如患者何时外科干预、何时开展肠内营养、如何保护器官功能等,展开了热烈的讨论;更关注患者远期预后,如重症急性胰腺炎引发的糖尿病等;关注诊疗规范、青年医生发展、科研创新。

本期“重症胰腺炎专栏”将展示该会议上的精彩报告,共享学术盛宴。

## 第五届全国重症急性胰腺炎多学科研讨会召开

## 重症胰腺炎诊治需冲破学科壁垒

▲ 本报记者 裘佳

## 主题报告

重症胰腺炎  
临床实践热点问题思考

大会主席 李维勤 教授

急性胰腺炎亚特兰大标准的新修订,以及国际胰腺病联盟(IPA)和美国胰腺病联盟(APA)联合指南的发布,提炼了许多共识。然而,当前临床实践中出现的新趋势,对以往的理念和实践形成巨大的冲击,是当前临床医生热议的焦点问题。

## 经胃肠营养选择依据肠内营养耐受性而非胰酶激活

20年来,AP营养管理悄然发生了重大的变化,重症胰腺炎早期肠内营养是共识,而新证据和指南建议,经胃或空肠均可实施肠内营养,引发临床医生“胰酶激活”的担忧。大会主席、南

京总医院李维勤教授从全球20多年的实践变化、治疗体系变迁及AP发病机理研究3方面,阐明了为何胰酶激活担心在下降,并提出选择经胃或空肠主要依据肠内营养耐受性,而非胰酶激活。

## 胰腺坏死感染:微创介入尚无法完全替代开腹手术

胰腺坏死感染的外科干预方式近年来也发生了深刻的变化。临床上出现经皮穿刺引流,经内镜坏死组织清除术,经腹腔镜、肾镜坏死清除等“十八般武艺”,也取得较好的临床效果。许多

医生试图用微创介入完全替代开腹手术,但往往丧失时机。南京总医院胰腺炎中心的临床数据提示,微创是大势所趋,但无法完全替代开腹手术,外科干预应有最佳的组合和流程,亟待研究。

## 关注急性胰腺炎后新发糖尿病

由胰腺损伤、破坏、神经支配丧失或胰腺切除造成的葡萄糖耐量异常和继发性糖尿病称为胰源性糖尿病(PD)。近年来逐步被重视,目前将PD独立分型为3c型糖尿病而区别于1、2型糖尿病。

李教授结合当前文献,报告了南京总医院的随访数

据。AP后PD的发生率高达59.3%;同时,相比未感染患者,胰腺坏死感染的患者PD发生率更高,微创干预比开腹手术的患者PD发生率低。结果提示,应加强出院患者的健康管理和随访,关注AP患者的远期并发症,研究PD的发生机理,并探索如何减少新发糖尿病。

## 热点视角

## 胆源性胰腺炎去除病因首选内镜治疗



吕农华 教授

据南昌大学第一附属医院消化内科急性胰腺炎数据库分析,SAP占AP的18.36%。胆道

疾病是AP的主要病因,占60%以上。南昌大学第一附属医院消化内科吕农华教授介绍,内镜治疗创伤小、起效快、疗效肯定、并发症少,是去除病因的首选。需及时检查肝功能及影像学确定病因。据吕教授团队经验,化脓性胆管炎或严重胆道梗阻,在24h内完成内镜治疗;无上述并发症的胆源性SAP争取在48~72h完成。

吕教授表示,ERCP术后并发症需引起重

视。临床实践中需注意全面评估病情,掌握治疗时机,做好家属谈话与沟通;急诊ERCP时应尽量简化操作,保证胰胆管引流通畅。EUS和MRCP为非侵入性成像技术,可减少诊断性ERCP和相关并发症。既往研究已证明胰管支架可预防ERCP术后胰腺炎,并被指南推荐用于高危患者。然吕教授团队一项RCT研究显示,预防性胰管支架并不改善患者预后。

微创治疗感染性胰腺坏死  
符合外科发展新理念

李非 教授

首都医科大学宣武医院普通外科李非教授介绍,百余年以来,开腹手术一直是坏死清创术的主要方式。随着对AP认知的提高,1997年,Mier证实延期开腹降低死亡率,建立“3D

原则”,即延期、引流、清创。然而这样的微创治疗仍面临困惑和矛盾,包括抗菌药对预防SAP感染无效,延迟手术与难以控制的感染,手术时机与多器官功能障碍,以及死亡率、并发症高。

SAP有两个死亡高峰:一是AP早期治疗的高死亡率;二是后期局部感染性并发症的处理依然棘手。为此,微创处理被推上历史舞台。研究显示,经皮置管引流(PCD)可使部分胰腺感染性积液的患者获益。1998年,Freeny等首次报道PCD

替代开腹手术,用于胰腺感染性坏死的初始治疗。74%的患者可控制脓毒症,47%的患者不需要手术,无穿刺所致并发症。

微创手术方式多样,按手术器械可分为穿刺置管、小切口手术、肾镜、腹腔镜、软式内镜;按手术入路分为经腹腔、经腹膜后、经自然腔道。李教授表示,微创治疗感染性胰腺坏死符合外科发展新理念,即微创、损伤控制、快速康复外科、保护器官功能,期待更多I级证据及个体化策略。

(下转第17版)

重症急性胰腺炎  
专栏编委会

## 主办单位:

中国研究型医院协会胰腺病专业委员会急性胰腺炎学组

## 编委会组成人员

## 名誉主编:

黎介寿 赵玉沛

## 顾问:

张圣道 李兆申 苗毅  
王春友 管向东 袁耀宗  
严律南 张太平

## 主编:

李维勤 李非 孙备  
吕农华 耿小平 杜奕奇  
毛恩强 邹晓平 祝荫  
黄鹤光 郝建宇 郭树彬  
周飞虎 蔡守旺 余泉  
胡国勇 黄永辉 金晓东  
李汛 赵刚 朱建华  
隆云 冯全新 周蒙滔  
童智慧 许建明 陈汝福  
刘昌 王雪峰 吕瑛  
夏庆 张泓

## 执行编委:

张匀 郭丰 车在前  
柯路 何文华 孙昀  
唐文富 王刚 曾彦博  
刘志勇 汤青青 王铮  
吴文广 路国涛

Fresubin<sup>®</sup>  
diabetes 瑞代<sup>®</sup>  
缓释淀粉配方

天普洛安<sup>®</sup>  
注射用乌司他丁  
Ulinastatin for Injection